

114
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 15 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Émile POINOT

DES

COMPLICATIONS ARTICULAIRES

dans les Angines non diphtériques

Président : M. POTAIN, Professeur.

DÉJERINE, Professeur.

Juges : MM. } DESGREZ, Agrégé.

MÉRY, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 15 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Émile POINOT

DES

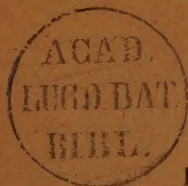
COMPLICATIONS ARTICULAIRES

dans les Angines non diphtériques

Président : M. POTAIN, Professeur.

*Juges : MM. { DÉJERINE, Professeur.
 { DESGREZ, Agrégé.
 { MÉRY, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	{ PANAS.
Clinique d'accouchement	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRL.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à cœur de remercier ici tous les maîtres dont nous avons suivi les excellentes leçons, et tous ceux qui, soit à la Faculté de Médecine, soit dans les services hospitaliers, nous ont porté de l'intérêt ou témoigné quelque sympathie.

Dès le début de nos études, M. le Dr Schwartz, dans son service de l'hôpital Cochin, a su augmenter en nous le goût des études médicales et chirurgicales, en nous montrant à quel but peuvent conduire une science profonde et une grande dextérité.

Que M. le professeur Dieulafoy veuille bien accepter l'hommage de toute notre reconnaissance pour les excellentes leçons que nous avons reçues de lui, aussi bien, il y a quelques années à l'hôpital Necker, qu'en ces temps derniers dans les magistrales cliniques professées à l'Hôtel-Dieu.

Nous ne pouvons oublier d'apporter un témoignage

de sympathie et de reconnaissance à M. le docteur Troussaint, médecin-major de 1^{re} classe, qui dans le cours de notre année de service militaire a bien voulu nous associer à ses travaux, nous permettant ainsi de ne pas abandonner entièrement, pour une année, les sciences médicales.

Nous avons appris près de M. le docteur Bilhaut la branche si intéressante de la chirurgie : l'orthopédie. Nous ne saurions trop le remercier de ses conseils en même temps que du bon accueil qu'il nous a toujours réservé.

M. le professeur Panas ainsi que M. le docteur Jocqs nous ont enseigné l'ophtalmologie; nous leur adressons tous nos remerciements.

Près de M. le docteur Landrieux, médecin à l'hôpital Lariboisière nous avons vécu plus en ami qu'en élève. Sa bonté pour nous a été telle que nous ne saurions trouver d'expression capable de dire ici combien est profonde notre reconnaissance envers lui.

Que M. le docteur Marcel Labbé veuille bien croire à toute notre gratitude pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer, et qui sont reproduites *in extenso* dans le cours de ce travail.

Enfin, nous remercions vivement M. le professeur Potain du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE DES COMPLICATIONS ARTICULAIRES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES EN GÉNÉRAL

Quoique le rhumatisme infectieux ait été entrevu vers 1840 par Bouillaud (1) qui le désigna sous le nom de pseudo-rumatisme, et que cette idée ait été reprise en 1876 par Besnier (2), ce n'est qu'en 1886 que le professeur Bouchard (3) sépara définitivement le rhumatisme articulaire du pseudo-rumatisme et des autres polyarthrites aiguës ou subaiguës : « Ce maître, dit Marfan (4), isola du rhumatisme une

(1) BOUILLAUD. Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu, 1840.

(2) BESNIER. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. pseudo-rumatisme, 1876.

(3) BOUCHARD. Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition, 1881.

(4) MARFAN. Le pseudo-rumatisme infectieux. *Gazette des Hôpitaux*, 18 février 1888.

« série d'états pathologiques différents, présentant
« des manifestations d'apparence et non de nature
« rhumatismale. Ces états appartenant d'une façon
« manifeste au groupe des maladies infectieuses,
« M. Bouchard les désigna sous le nom de pseudo-
« rhumatismes infectieux. »

Les idées de M. Bouchard furent reprises et développées par Bourcy (1), son élève, en 1883 et 1886, par de Lapersonne (2) dans sa thèse d'agrégation : Des arthrites infectieuses non tuberculeuses.

« Le type morbide noyé au milieu du chaos de
« l'arthritisme, dit Eettinger (3), était définitive-
« ment constitué, et on pouvait, dès lors, poser comme
« une loi absolue que toutes les maladies infectieuses
« peuvent présenter dans leurs manifestations con-
« tingentes des déterminations articulaires absolu-
« ment distinctes du vrai rhumatisme et relevant de
« l'infection générale de l'économie. »

Marfan (4), à son tour, en 1886, et Mauclaire (5), en 1895, confirmaient cette assertion.

Aujourd'hui cependant, si les idées de Bouchard

(1) BOURCY. Déterminations articulaires des maladies infectieuses ; pseudo-rhumatisme infectieux. Th. de Paris, 1883.

(2) DE LAPERSONNE. Des arthrites infectieuses non tuberculeuses. Th. de Paris, 1886.

(3) EETTINGER. *Traité de Médecine* (Charcot, Bouchard, Brissaud), t. II. Art. Rhumatisme articulaire aigu.

(4) MARFAN. *Loc. cit.*

(5) MAUCLAIRE. Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses. *Arch. gén. de Médecine*, 1895.

ont prévalu, le terme de pseudo-rhumatisme infectieux peut prêter à la confusion. Peut-être vaut-il mieux le remplacer par celui d'arthropathies ou d'arthrites infectieuses, car certains esprits, mal informés, pourraient croire qu'il s'agit d'une forme anormale du rhumatisme articulaire aigu. Il est nécessaire en effet de séparer nettement des autres complications articulaires survenant dans le cours des maladies infectieuses la fièvre polyarticulaire rhumatismale. Cette dernière, ou rhumatisme articulaire aigu, est une affection à part, homogène, distincte des autres arthrites et due fort probablement au développement d'un microbe spécial qu'Acholine a isolé, et dont Thiroloix, Triboulet et Coyon ont donné la description.

Toutes les maladies infectieuses, nous l'avons vu, peuvent s'accompagner de complications articulaires, dont la plupart sont bien connues. Tellés sont, par exemple, les complications articulaires de la *blennorrhagie*, de la *scarlatine*, de la *pneumonie*, de la *grippe*, de la *fièvre puerpérale*, de la *diphtérie*, etc...

D'autres sont moins connues.

Il nous a paru intéressant d'étudier les complications articulaires qui surviennent au cours de certaines manifestations angineuses.

Nous diviserons ces complications en trois groupes :

Les Arthralgies,

Les Arthrites aiguës,

Les Arthrites suppurées.

Cette division est justifiée, car la notion du rhumatisme infectieux secondaire a restreint considérablement le rôle du rhumatisme articulaire aigu en pathologie.

Lorsqu'on lit aujourd'hui les observations consciencieusement prises de certains auteurs, il est facile de reconnaître que certaines d'entre elles ne se rapprochent pas des cas de rhumatisme articulaire aigu, mais de rhumatisme secondaire, par exemple l'observation de Boichon (1) qui, à cause de la fréquence de l'angine dans le rhumatisme, a souvent confondu le rhumatisme articulaire aigu avec le rhumatisme secondaire. Et la distinction entre les deux est souvent très difficile à faire. « Mentionnée par Stoll (2), Bouillaud (3), Trousseau (4); bien décrite par Lasèque (5) dans son traité des angines, par M. Fernet (6), dans sa thèse inaugurale, l'angine du rhumatisme articulaire aigu a pris à notre époque une grande importance. » (7).

(1) BOICHON. Des angines prémonitoires du rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Lyon, 1895.

(2) STOLL. Médecine pratique. Edition de l'Encyclopédie.

(3) BOUILLAUD. *Loc. cit.*

(4) TROUSSEAU. Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. I.

(5) LASÈGUE. *Traité des angines*. IV. 1868.

(6) FERNET. Du rhumatisme articulaire aigu et de ses diverses manifestations. Th. de Paris, 1865.

(7) AUCLAIR. L'angine du rhumatisme articulaire aigu. *Bull. méd.*, 1894, n° 14.

L'angine est une complication très fréquente du rhumatisme articulaire aigu ; suivant Kingston Fowler (1), on la rencontrerait dans 80 % des cas de rhumatisme ; mais ce nombre doit être un peu restreint et il est plus exact d'admettre celui de 50 % avec de Saint-Germain (2), Boichon (3) et la majorité des cliniciens.

Lasègue(4) distinguait trois variétés d'angine rhumatismale :

« 1^o L'angine est, pour ainsi dire, adéquate au rhumatisme et les deux modes d'expression de la maladie, qu'elle porte sur la gorge ou sur les jointures, ont une intensité presque égale ;

« 2^o L'angine est tellement prédominante que le rhumatisme articulaire ne semble venir que comme un appoint qui justifie le diagnostic ;

« 3^o Une angine insignifiante devance un rhumatisme grave : c'est là certainement le cas le plus fréquent (5). »

Et c'est aussi le seul dans lequel il s'agisse indubitablement de rhumatisme articulaire vrai.

Il nous semble, en effet, que lorsque l'angine, par

(1) KINGSTON FOWLER. *The Lancet*, 1880, t. II.

(2) DE SAINT-GERMAIN. Étude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. Th. de Paris, 1893.

(3) BOICHON. *Loc. cit.*

(4) LASÈGUE. *Loc. cit.*

(5) AUCLAIR. *Loc. cit.*

son intensité, attire aussi fortement l'attention que le rhumatisme, on a affaire à une angine purulente, compliquée de rhumatisme secondaire, ou bien à une angine banale associée au rhumatisme et dont la violence est due à l'exagération de la virulence des microbes buccaux sous l'influence de l'infection rhumatismale.

Dans les cas où l'angine prédomine nettement, elle doit être considérée comme l'infection primitive, et le rhumatisme n'est plus qu'une infection secondaire.

Restent donc les cas où l'angine bénigne marque le début du rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé.

Comment peut-on expliquer la pathogénie de cette angine ?

A) Certains auteurs — (Grodel (1) Buss (2) — étendant le nombre et la fréquence des rhumatismes infectieux secondaires, vont jusqu'à dénier au rhumatisme articulaire aigu toute spécificité et s'appuient sur la fréquence de l'angine dans cette affection pour dire que tout rhumatisme articulaire aigu est secondaire. L'intervalle de quelques jours qui existe parfois entre l'angine et l'apparition des douleurs articulaires ; la

(1) GRODEL. Du rhumatisme articulaire aigu. Les rapports avec l'angine. *Deut. med. Wort*, n° 17, 23 avril 1896.

(2) BUSS. Des relations de l'angine et du rhumatisme articulaire aigu. *Deut. arch. f. klin. med.*, LIV, 1.

notion de certains cas où l'angine a été suivie immédiatement d'endocardite, tandis que les déterminations articulaires ne sont survenues que tardivement, ont fait dire à Grodel que la relation étiologique entre l'angine et le rhumatisme n'était pas douteuse, et que le rhumatisme n'était généralement que la complication d'une amygdalite infectieuse.

Les recherches de Sahli, qui a découvert des staphylocoques dans le sang et les articulations des rhumatisants semblent encore en faveur de cette théorie.

B) Mais la fréquence de l'angine, d'ailleurs discutable (puisque certains auteurs n'admettent qu'une proportion de 5 % de l'angine au début du rhumatisme), ne suffit pas à établir un rapport de cause à effet entre les deux affections. Quand bien même il serait prouvé que l'angine existe dans tous les cas de rhumatisme articulaire aigu sans exception, cela ne serait pas une raison suffisante pour dénier au rhumatisme toute spécificité. La scarlatine s'accompagne bien d'une angine à sa première période.

La fréquence de l'angine indique seulement que le microbe du rhumatisme pénètre par la gorge avant de se généraliser et de se localiser dans les séreuses. (Buss, Fiedler.)

L'existence de l'angine du rhumatisme, qui d'ailleurs a une évolution caractéristique (voir au diagnostic), l'évolution du rhumatisme articulaire aigu,

la manière successive dont il frappe toutes les jointures, la fréquence des complications cardiaques, l'action du salicylate de soude, font nécessairement considérer cette affection comme bien distincte des arthrites infectieuses secondaires.

La découverte par Acholine de l'agent microbien du rhumatisme articulaire aigu, confirmée par Thiroloix, Triboulet et Cuyon vient encore ajouter une preuve nouvelle en faveur de la spécificité de cette maladie.

Aussi croyons-nous qu'il faut distinguer nettement les arthrites aiguës ou subaiguës, secondaires aux angines, d'avec le rhumatisme aigu vrai.

Nous nous efforcerons, dans le cours de cette étude de faire ressortir les caractères cliniques qui permettent de distinguer ces deux variétés d'arthropathies.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

§ I. — *Arthralgies.*

OBSERVATION I. — (Inédite).

Arthralgie consécutive à une angine phlegmoneuse,
(Communiquée par M. le Dr Marcel Labbé.)

M... Adèle, 52 ans, ménagère.

Entrée à l'hôpital Baujon, salle Axenfel, n° 6, le 24 juillet 1897.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou personnels sauf une fièvre typhoïde légère à 19 ans.

Le 1^{er} juillet, la malade a été prise de fièvre et de mal à la gorge. L'amygdale droite était hypertrophiée, douloureuse et présentait un abcès qui s'est ouvert spontanément quelques jours après (le neuvième jour) et d'où est sorti un pus sanieux et fétide.

Le 10 juillet, l'amygdale gauche présente les mêmes phénomènes. L'ingestion des liquides et la déglutition sont presque impossibles et donnent lieu à des douleurs lancinantes.

Température élevée. 38° 5, 39° 2, 39° 4.

Le 13, écoulement d'un pus fétide. Puis ces phénomènes s'amendent peu à peu.

Le 14, la malade entrait en convalescence.

Le 15 juillet, douleur vive dans le pouce droit, douleur qui, le lendemain, s'est étendue à toute la main, en même temps qu'apparaissent du gonflement et une coloration rougeâtre de la peau.

Température élevée. Le médecin appelé ordonna des bains sulfureux.

Le surlendemain l'articulation du genou et l'articulation tibio-tarsienne sont prises à leur tour ; lésion cardiaque.

Le membre supérieur gauche se prend dans l'ordre suivant : l'épaule, le coude, le poignet ; c'est alors que la malade entre à l'hôpital.

24 juillet : température le soir 38° ; les jours suivants la température oscille autour de 37°5.

Les articulations ci-dessus désignées sont gonflées, rouges, douloureuses à la pression, et le moindre mouvement est impossible.

À l'auscultation du cœur, on entend un souffle au premier temps et à la pointe.

Les urines sont assez abondantes et ne contiennent pas d'albumine.

Traitement : régime lacté.

Cet état dure jusqu'au 28 juillet ; à cette date les douleurs sont un peu moins vives et le gonflement diminue.

Le 31 juillet, douleurs et gonflement ont disparu ; la malade commence à s'alimenter et à faire quelques mouvements.

Le 5 août, elle sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION II. — (Inédite).

Angine herpétique. — Néphrite légère. — Arthropathies.

(Communiquée par M. le Dr Marcel Labbé.)

Marguerite B..., 17 ans, est atteinte, le 21 avril 1899, d'une angine aiguë avec fièvre, douleurs intenses dans la gorge et exsudat amygdalien.

Le lendemain on constate l'existence d'une angine herpétique; exsudat blanchâtre peu adhérent au niveau des cryptes de l'amygdale gauche; tuméfaction et rougeur de l'amygdale droite avec un ou deux points blancs.

Douleur très vive à la déglutition, mouvements du cou douloureux. La malade se plaint lorsqu'on palpe la région sous-maxillaire, et à ce niveau on sent un ganglion hypertrophié.

La langue est blanche, saburrale, l'appétit a disparu.

Température: 38°4 le matin, 38°8 le soir.

Les urines sont rouges, peu abondantes, et contiennent un léger nuage d'albumine.

L'examen bactériologique de l'exsudat amygdalien montre la présence de quelques streptocoques et de staphylocoques; pas de bacille de Loeffler.

Traitement: régime lacté; lavages de la gorge à l'eau boricuée, compresses chaudes sur le cou.

Le 23 avril, l'amygdale gauche est détergée; l'amygdale droite est recouverte d'un exsudat blanchâtre; la fièvre persiste.

Le 24 avril, l'exsudat amygdalien a disparu du côté droit; la gorge est encore rouge, les amygdales hypertrophiées; la fièvre diminue, l'albumine persiste.

Le 28 avril, la malade se sent bien et demande à se lever; la gorge reste un peu rouge, les amygdales sont encore grosses; la fièvre n'est pas complètement tombée; la température atteint le matin 37°4 et le soir 37°8; les urines sont claires, mais elles

contiennent encore un nuage d'albumine. Pas d'œdème des jambes ni de la face ; pas d'appétit, langue saburrale.

Le régime lacté absolu est continué. On continue aussi les lavages de la gorge à l'eau boriquée et deux fois par jour les amygdales sont touchées avec un pinceau imbibé de glycérine phéniquée.

Le 12 mai, l'albumine ayant complètement disparu depuis quelques jours, on commence à alimenter la malade.

La gorge est normale, mais les amygdales sont restées un peu grosses. Chaque soir se produit un léger accès de fièvre ($39^{\circ}6-37^{\circ}7$).

Le 25 mai, la malade commence à sortir, l'appétit est revenu ; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 29, la malade se sent très fatiguée ; elle est pâle, courbaturée, le pouls est un peu rapide.

Le 30, elle est prise de douleurs très vives dans les cous-de-pied ; la température atteint 39° le soir ; l'albumine reparait ; la gorge est normale.

On ordonne une onction au niveau des articulations avec du salicylate de méthyle et un enveloppement ouaté.

Le 1^{er} juin, les cous-de-pied sont encore douloureux et un peu tuméfiés ; la peau est légèrement rouge à leur niveau. La pression et les mouvements de l'articulation sont très douloureux.

Les genoux sont également douloureux spontanément et à la pression au niveau de l'interligne, et au niveau des bourses pré-articulaires ; pas de gonflement à leur niveau.

Température $37^{\circ}5$ le matin, $38^{\circ}1$ le soir.

Les urines ne sont plus albumineuses.

Rien au cœur.

3 juin ; les cous-de-pied et les genoux ne sont plus douloureux ; les coudes et surtout les épaules sont légèrement sensibles à la pression. Pas d'albumine dans les urines.

La fièvre est presque tombée, le soir seulement la température atteint $37^{\circ}6$. Le teint est encore pâle.

Le 5 juin, la malade se plaint encore de quelques douleurs vagues.

Le 7, les douleurs ont cessé ; la fièvre est tombée ; on recommence à alimenter la malade ; pas trace d'albumine.

Le 15 juin, la malade rétablie complètement fait sa première sortie.

Il faut remarquer dans cette observation l'apparition tardive de l'arthralgie qui commence quarante jours après le début de la maladie.

OBSERVATION III. — (Masson) (1).

Arthralgie consécutive à une angine phlegmoneuse.

Masson, dans sa thèse de 1890, rapporte le cas d'une arthralgie consécutive à une angine phlegmoneuse, sans gonflement articulaire bien net.

Remarque : Sur les trois observations d'arthralgie, il s'agit deux fois d'une angine phlegmoneuse : (obs. I et III) et une fois d'une angine herpétique (obs. II).

§ II. — *Arthrites aiguës.*

OBSERVATION IV (résumée). — (Sallard) (2).

Amygdalite aiguë et arthrite aiguë.

Garçon de 22 ans, n'ayant jamais eu de rhumatismes, mais

(1) MASSON. Thèse, 1890.

(2) SALLARD. Les Amygdalites aiguës. Thèse de Paris, 1890.

cinq angines. Pris d'angine avec fièvre, puis amélioration ; ensuite frisson et fièvre pendant 5 jours. Les amygdales sont très grosses ; la gauche repousse la luette. Œdème.

Au 8^e jour, douleur vive dans le genou et le cou-de-pied gauche ; gonflement suivi d'épanchement.

Les jours suivants l'état de la gorge s'améliore et les arthrites se guérissent.

OBSERVATION V (résumée). — (Sallard) (1).

Arthrite aiguë secondaire à une amygdalite aiguë.

Homme de 58 ans, a eu plus de vingt amygdalites suppurées. La dernière atteinte débute par un érythème polymorphe avec fièvre et douleurs articulaires dans l'épaule et le poignet. Cet état persiste pendant une quinzaine de jours.

A l'entrée à l'hôpital, on trouve l'amygdale droite très tuméfiée. L'érythème se voit encore. Il existe un léger épanchement dans les deux genoux.

Les jours suivants guérison de l'érythème, des arthrites et de l'amygdalite.

Sallard pense que l'amygdalite est ici une affection secondaire.

OBSERVATION VI. — (Mauclaire) (2).

Arthrite aiguë consécutive à une angine.

Mauclaire dit avoir observé en 1885, dans le service de M. le professeur Hayem un cas d'angine suivie de rhumatisme

(1) SALLARD. *loc. cit.*

(2) MAUCLAIRE, *loc. cit.*

du genou tellement intense et phlegmoneux que la suppuration fut bien probable.

La guérison avec ankylose survint après bien longtemps et sans suppuration au dehors.

OBSERVATION VII, — (Boichon) (1).

Arthrite aiguë, suite d'amygdalite suppurée.

T..., 37 ans. Pas d'antécédents rhumatismaux ; variole à 3 ans ; fréquentes amygdalites suppurées.

Amygdalite double. Huit jours après l'abcès s'ouvre. Le lendemain gonflement des mains et des poignets ; quatre jours après, arthrites des membres inférieurs.

L'état s'améliore peu à peu ; trois semaines après le début, il existe encore quelques douleurs aux poignets ; les amygdales sont volumineuses et rouges. On gorge le malade de salicylate de soude. Les douleurs cèdent ; le malade sort guéri.

§ III. — *Arthrites suppurées.*

OBSERVATION VIII (résumée). — Caron (2).

Amygdalite aiguë et arthrite suppurée.

Amygdalite aiguë intense. L'articulation du genou était gonflée, mais la peau n'était pas rouge ; les mouvements étaient douloureux et la moindre pression insupportable.

Les jours suivants le poignet droit et les trois premières arti-

(1) BOICHON, *loc. cit.*

(2) CARON. *Gazette des hôpitaux*, 1853.

culations métacarpo-phalangiennes deviennent douloureuses, rouges et gonflées ; puis ces symptômes s'amendèrent.

Deux jours après le malade mourait.

A l'autopsie, on trouva dans les deux genoux, dans les articulations tibio-tarsiennes des deux côtés, dans les articulations radio-carpiennes, dans le coude droit, dans les médio-carpiennes, un liquide blanc jaunâtre, filant, ayant tous les caractères du pus, ce que démontra le microscope d'ailleurs.

OBSERVATION IX. — (Bourdel (1)).

Arthrite suppurée à la suite d'une angine.

Le nommé Léonard Alfred, âgé de 26 ans, palefrenier, entre le 21 janvier 1885 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Constantin Paul, salle St-Henri, n° 26.

Il ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels aucune tare rhumatismale. Exerçant la profession de palefrenier, il n'a pas été mordu ; d'ailleurs il affirme que parmi les chevaux qu'il a soignés, aucun ne présentait des symptômes de morve.

Il est malade depuis cinq semaines environ ; le début a été brusque, dit-il, il a été pris de frissons, de fièvre et d'angine très violente. Au bout de quelques jours, la fièvre persistant, il a été pris de douleurs vives au niveau de l'articulation radio-carpienne gauche avec rougeur très manifeste, suivie, assez vite, d'un gonflement notable.

Peu de temps après, mêmes phénomènes au niveau du genou gauche qui a beaucoup augmenté de volume. La fièvre s'était accrue peu à peu et était devenue très vive. Dans la nuit il y avait de l'agitation de l'insomnie, parfois même un léger délire et presque continuellement des sueurs profuses.

(1) BOURDEL. Thèse de Lapersonne, 1886.

A l'entrée : aspect typhoïde ; facies altéré et immobile prostration très grande des forces. Le poignet gauche présente une déformation considérable ; la partie antérieure de cette région offre une saillie de la dimension d'une grosse noix, manifestement fluctuante. A la partie inférieure et antéro-interne de l'avant-bras, il existe en outre une assez notable collection purulente. La main est fixée en extension forcée sur l'avant-bras et de plus fortement déviée latéralement du côté du cubitus : frottements articulaires. Quant au genou gauche, il est très déformé ; le condyle interne du fémur fait en dedans une saillie très accusée, tandis que la jambe, légèrement fléchie sur la cuisse est fortement déviée en dehors : il y a un commencement de luxation spontanée. Il existe un épanchement intra-articulaire assez abondant ; dans le tissu péri-articulaire on sent un empâtement énorme, qui s'accompagne de rougeur des téguments, et par places on peut constater de la fluctuation. Enfin, à la partie inférieure et antéro-interne de la cuisse, il existe une vaste collection purulente étalée.

Léger nuage d'albumine.

Le diagnostic que l'on porte est : Etat infectieux mal déterminé avec pseudo-rhumatisme. On prescrit : sulfate de quinine, 1 gramme à prendre en deux fois dans les 24 heures, potion de Todd avec extrait de quinquina.

Température 40°3.

Le 23 janvier, large incision au niveau de l'abcès de la partie inférieure de la cuisse, contre-ouverture à l'autre extrémité de la cavité purulente, drainage, injections phéniquées à 1/50. On applique un pansement de Lister qui n'est changé par la suite que tous les quatre ou cinq jours, en même temps qu'on fait par le drain une injection antiseptique.

Température : 39°3 à 40°1.

Pas de modification dans l'état général ; toujours le même aspect typhoïde ; quelques fuliginosités sur les lèvres, émaciation de plus en plus prononcée ; toujours un peu d'albumine dans les urines et diarrhée d'odeur assez fétide.

La température se maintient entre 39° et 40°.

26 janvier : Incision de l'abcès de la partie inférieure de l'avant-bras, pansement antiseptique.

Ce n'est que dans les premiers jours de février qu'une légère amélioration se fait sentir. Depuis lors la maladie a marché lentement vers la guérison, mais L... a conservé des raideurs articulaires, des atrophies musculaires qui ont immobilisé presque complètement le genou gauche.

OBSERVATION X (résumée). — Achalme (1).

Pyarthrose à streptocoques et albuminurie, suites d'angine.

Il s'agissait d'un homme de 46 ans, qui, quelques jours après le développement d'une angine, ressentit une forte douleur dans le genou. Celui-ci devint très tendu ; la peau était chaude, sans rougeur ni œdème.

Les veines sous-cutanées étaient dilatées.

Arthrotomie : La synoviale était dépolie, recouverte d'une mince fausse membrane, les cartilages étaient sains ; l'amputation devint nécessaire ; le malade mourut consécutivement.

Examen de l'*articulation du genou* : « La synoviale est injectée, œdématisée et épaissie, surtout dans les points qui correspondent aux ligaments croisés et au ligament latéral interne.

« Sur les parties externes et internes de la synoviale, on remarque des pertes de substance par lesquelles le pus s'est frayé un passage jusque dans le creux poplité. De là les fusées purulentes se sont étendues dans les masses musculaires de la partie postérieure de la jambe jusqu'à la partie moyenne. De même, au niveau du cul-de-sac supérieur, les

(1) ACHALME. Thèse de Paris, 1893. Considérations pathologiques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle.

« fusées purulentes remontent dans les masses musculaires
« internes et postérieures de la cuisse, jusqu'un peu au-dessus
« de la partie moyenne. »

« *Cartilages articulaires* : On remarque une érosion peu
« profonde, de la grandeur d'une lentille sur la partie interne
« du cartilage qui recouvre le plateau tibial, et une autre sem-
« blable sur le cartilage qui recouvre la partie correspon-
« dante du condyle interne du fémur.

« Partout ailleurs les cartilages sont lisses et blanchâtres ;
« les épiphyses du fémur et du tibia ne présentent aucune
« lésion. »

« *Examen bactériologique* : Streptocoque pur.

« *Examen microscopique de la synoviale* : Infiltration em-
« bryonnaire de toute l'épaisseur de la synoviale, et d'une
« partie des ligaments fibreux. Leucocytes polynucléaires. Cel-
« lules fixes proliférées.

« Pas de streptocoques sur les coupes, sinon tout à fait à la
« superficie, dans les points qui contiennent un peu de pus
« coagulé. »

OBSERVATION XI (résumée). — Dubost (1), recueillie dans le
service de M. le Dr Goguenheim (2).

Arthrite suppurée à streptocoques, secondaire à une angine.

Il s'agit d'un homme de 48 ans atteint d'une angine à streptocoques avec albuminurie. Fièvre et torpeur. Arthrite sterno-claviculaire gauche avec rougeur, gonflement et œdème. Le lendemain toutes les articulations du membre supérieur gauche sont très douloureuses, surtout le coude.

(1) DUBOST. Complications septicémiques et pyohémiques des angines non diphtériques. Thèse, 1896.

(2) GOGUENHEIM. *Société médicale des hôpitaux*, 17 juillet 1896.

Après quelques jours la guérison de l'arthrite survient et le malade meurt subitement.

A l'autopsie : on trouve du pus verdâtre dans l'articulation sterno-claviculaire ; 800 grammes de pus dans le péricarde, et une pleurésie purulente gauche. A l'examen microscopique : streptocoque.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES COMPLICATIONS ARTICULAIRES DES ANGINES NON DIPHTÉRIQUES.

§ I. — *Étiologie.*

Les complications articulaires au cours des angines sont relativement fréquentes, peut-être même sont-elles plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, car beaucoup ont échappé à l'observation. Certains auteurs ont certainement confondu des arthropathies consécutives à des angines avec la polyarthrite rhumastimale dont l'angine est souvent la première manifestation. Aujourd'hui cette fréquence va augmenter, grâce à la division bien nette du rhumatisme articulaire aigu et des autres complications articulaires rhumatismales d'origine infectieuse.

La fréquence des complications articulaires, au cours des angines infectieuses, ne paraît pas être en

rapport avec la nature de l'angine et on les rencontrera aussi bien dans les vulgaires amygdalites que dans les angines herpétiques et phlegmoneuses.

L'âge ne joue aucun rôle, cependant on peut dire que les complications appartiennent, en général, à l'âge adulte.

La date de l'apparition de l'arthrite au cours de la maladie primitive est essentiellement variable. Elle apparaît quelques jours après l'invasion, mais elle peut apparaître tardivement dans la convalescence ; quelquefois même, fort tardivement, puisque dans l'observation II cette complication n'est survenue que le 40^e jour de la maladie. Mais, en général, les complications articulaires apparaissent à la période aiguë de l'angine et souvent elles disparaissent en même temps que la manifestation angineuse (1). D'ailleurs, dans le cas où les complications ont été tardives (obs. II) il persiste une légère tuméfaction des amygdales, montrant que le processus infectieux n'est pas complètement éteint au niveau de la gorge.

§ II. — *Pathogénie.*

Dans un certain nombre de cas, le mode de production des complications articulaires des angines est facile à comprendre : ce sont les cas où l'examen

(1) SALLARD. *Loc. cit.*

direct du pus articulaire permet de découvrir des microbes semblables à ceux que l'on découvre au niveau des amygdales. Mais dans le cas où l'examen bactériologique reste négatif, cette pathogénie est plus difficile à saisir.

Deux cas peuvent se présenter :

1° On trouve dans les jointures frappées des microbes qui sont des staphylocoques, des pneumocoques et surtout, dans la plupart des cas des streptocoques.

Ces microbes sont en effet ceux que l'on rencontre le plus fréquemment dans les angines. On sait que le streptocoque vit à l'état de saprophyte dans la gorge (recherches de Vidal et de F. Besançon); à la surface de l'amygdale saine. Sous l'influence de certaines conditions pathologiques, sa virulence peut s'exalter, et il peut déterminer une affection localisée et une infection généralisée.

Ces microbes de la gorge sont bien souvent l'origine des complications infectieuses qui se produisent au cours d'un certain nombre de maladies générales, particulièrement chez l'enfant. On sait combien sont fréquentes les infections streptococciques d'origine amygdalienne au cours de la scarlatine; dans la rougeole aussi c'est bien souvent le streptocoque qui donne bronchite et broncho-pneumonie par l'exaltation de sa virulence.

L'arrivée des microbes dans l'articulation est facile à expliquer. Elle se fait, ainsi que l'ont démontré un

grand nombre de recherches cliniques et expérimentales, par la voie sanguine.

Dès 1883, M. le professeur Landouzy (1) s'était demandé si les amygdades n'étaient pas la véritable porte d'entrée de l'infection : « N'y aurait-il pas là la
« possibilité d'une infection primitivement locale? Les
« amygdales étant aux premières loges pour se laisser
« pénétrer par des agents infectieux mêlés aux
« ingesta.....

« N'y a-t-il pas là un terrain tout préparé pour la
« réception, la germination et la diffusion de certains
« agents infectieux qui, de proche en proche, seront
« versés dans le système lymphatique, l'habitat pré-
« féré des agents infectieux, d'où ils se répandront
« dans le système circulatoire? »

2° L'examen bactériologique est négatif ; on ne trouve pas dans l'articulation malade de microbes.

a) Soit qu'ils y existent en trop petit nombre pour que l'examen direct puisse en révéler la présence ;

b) Soit qu'ils aient pénétré dans l'articulation, pour disparaître ensuite, comme on l'a constaté dans l'arthrite blennorrhagique ;

c) Soit enfin, ce qui semble le plus probable, que les modifications articulaires soient dues à l'entrée,

(1) LANDOUZY. *Progrès médical* 4 et 11 août 1883.

dans les synoviales, de toxines élaborées par les microbes de la gorge.

Il est utile de remarquer qu'une affection antérieure de l'articulation, un traumatisme ou une lésion quelconque, favorise la localisation du microbe.

« L'observation clinique, dit Vidal (1) nous fournit maints exemples de traumatisme articulaire de cause externe servant de point d'appel à l'infection ». Chez des sujets atteints d'arthrite sèche, d'arthropathies tabétiques ou syringomyéliques, la localisation des microbes a une tendance remarquable à se faire dans les jointures déjà altérées.

Dans un certain nombre de cas, les lésions nerveuses préalables sont, ainsi que les expériences d'Hermann (2), et de Kasperek (3) l'ont montré, le point d'appel de l'infection.

§ III. — Anatomie pathologique

Lasègue (4) prétendait que le rhumatisme articulaire vrai était extracapsulaire et le rhumatisme infectieux intracapsulaire. La distinction n'est pas aussi nette que le voulait cet auteur, et s'il est

(1) VIDAL. *Traité de médecine et de thérapeutique*. (Brouardel, Gilbert, Girode). Pseudo-rumatisme infectieux, 1896.

(2) HERMANN. *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1891.

(3) KASPAREK. — Influence du système nerveux sur la localisation des microbes dans les articulations. *Wieu. Klin. Woch.*, 8 et 15 avril 1895.

(4) LASÈGUE. — *Loco citato*.

vrai que le rhumatisme articulaire aigu ne fait souvent que « lécher les synoviales articulaires » (1) pour frapper d'une façon plus intense les bourses séreuses péri-articulaires, il en est parfois aussi de même pour le rhumatisme infectieux. Quoique les lésions anatomo-pathologiques varient avec les variétés d'arthrites, ou peut dire que les principales altérations portent sur la synoviale elle-même : « Les lésions paraissent débiter, dit Marfan (2), par la synoviale qui est injectée, oedémateuse, formant un bourrelet chémosique autour du cartilage. »

1) Dans les arthralgies où il s'agit de simples phénomènes congestifs, il y a de la rougeur ; la synoviale est dépolie ; et c'est à peine si quelquefois on rencontre un léger exsudat.

D'ailleurs on a pas eu l'occasion d'étudier ces manifestations au point de vue anatomo-pathologique.

2) Dans les arthrites aiguës, quoique les bourses séreuses péri-articulaires soient souvent atteintes, les principales lésions portent sur la synoviale elle-même qui est dépolie et présente en quelques endroits des pertes de substance.

L'articulation contient un liquide sero-fibrineux un peu filant, plus ou moins clair. Dans certain cas

(1) BOUILLAUD. — *Loco-citato*.

(2) MARFAU, — *Traité des maladies de l'enfance*, (Groncher, Comby, Marfan), t. II. Pseudo-rumatisme infectieux.

la quantité de l'ensudat est assez considérable ; le liquide laisse un dépôt.

Il s'agit alors d'une arthrite intense tenant le milieu entre la forme aiguë et l'arthrite suppurée.

3) Dans les arthrites suppurées, la synoviale est dépolie, recouverte de fausses membranes ; elle peut présenter à certains endroits des pertes de substance. Les cartilages sont ramollis ; il y a multiplication des éléments cellulaires qui se transforment en globules de pus.

Le cartilage est détruit en partie ou en totalité.

Le liquide collecté dans l'articulation est tantôt un liquide sero-purulent, tantôt franchement purulent, verdâtre et présentant des globules de pus.

§ IV. — *Symptomatologie.*

Quoique souvent polyarticulaire, les arthralgies que surviennent dans le cours des angines sont beaucoup moins généralisées que la polyarthrite aiguë rhumatismale : c'est ce qui faisait dire à Besnier qu'elles étaient oligo articulaires. Tout d'abord, elles frappent le plus souvent les petites jointures ; mais elles ne présentent aucun caractère de fixité, et après quelques jours elle se localisent dans une grande articulation, l'articulation du genou, le plus fréquemment, pour y demeurer un temps plus ou moins long et y déterminer des phénomènes parfois fort graves.

Elles débutent, du moins, dans les arthrites aiguës et les arthrites suppurées, par des douleurs assez vives, du gonflement et de la fièvre.

Dans les arthralgies simples, la douleur n'est pas très accusée, la fièvre existe à peine, le gonflement est peu apparent lorsqu'il existe. Ces symptômes sont si peu accusés qu'on pourrait confondre les arthralgies avec les douleurs vagues qui accompagnent les angines, si elles ne s'en distinguaient par la tendance à la localisation.

Dans ces arthropathies la douleur est de courte durée en général, et si elle persiste, c'est qu'il s'agit de complications graves.

Dans un certain nombre d'arthrites aiguës, il existe un gonflement d'aspect rougeâtre. L'arthrite suppurée peut se localiser sur toutes les articulations ; on peut même la rencontrer à l'articulation sterno-claviculaire (obs. XI). Elle s'accompagne d'un fort gonflement, d'un œdème rouge, de douleurs très vives et de phénomènes généraux graves, car, comme nous l'avons dit plus haut, il s'agit d'une véritable septicémie.

§ V. — *Diagnostic*

Le diagnostic des complications articulaires des angines infectieuses, est en général facile. On peut les distinguer des manifestations polyarticulaires

rhumatismales vraies par la marche de la maladie et de ses complications, et aussi par l'étude de l'angine rhumatismale dont Auclair (1) et Jousset (2), après Lasègue et d'autres auteurs, nous ont donné une description magistrale.

Cette angine du rhumatisme articulaire aigu présente des caractères nettement définis tandis que toutes les angines infectieuses depuis la simple amygdalite jusqu'à l'angine phlegmoneuse peuvent s'accompagner d'arthropathies.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel du rhumatisme et d'autres maladies infectieuses, car ce diagnostic peut être facilement établi d'après les commémoratifs. Qu'il nous suffise de rappeler que ces arthropathies présentent des caractères différents suivant la nature de la maladie primitive.

§ VI. — *Pronostic.*

Les complications articulaires dans le cours des angines n'aggravent pas par elles-mêmes le pronostic dans le plus grand nombre des cas. Le pronostic relève bien plus de l'infection généralisée que de l'arthropathie qui n'est qu'une détermination secondaire de cette infection.

(1) AUCLAIR, *Loc. cit.*

(2) JOUSSET. Etude de l'angine rhumatismale. *Recue hebdomadaire de médecine*, 2 mai 1897.

Dans les arthropaties simples, le pronostic est absolument bénin et, toujours, la guérison survient après quelques jours. On peut dire qu'il en est de même dans un grand nombre de cas d'arthrites aiguës (3 cas sur 4) où la guérison est complète après un laps de temps variant de quelques jours à un mois. Dans quelques cas la guérison est relative, et l'articulation peut être frappée d'ankylose (obs. VI).

Dans les arthrites suppurées, le pronostic est très grave puisque trois fois sur quatre la mort a été la terminaison. Dans le 4^e cas après deux mois de vives souffrances le malade a eu la vie sauve, mais est resté atteint de raideurs articulaires, d'athrophie musculaire, d'immobilisation d'un genou (obs. IX).

Dans les cas de mort (obs. VIII. X. XI) ce n'est pas l'arthrite suppurée qui a amené la mort. Comme l'ont montré les symptômes généraux ils s'agissait, dans ces cas, d'une véritable septicémie généralisée qui s'était plus particulièrement localisée dans certaines jointures.

§ VII. — *Traitement.*

Le traitement doit être préventif, général et local.

1^o *Traitement préventif.* — Chaque fois que l'on se trouve en présence d'une affection angineuse, il

faut faire une antisepsie rigoureuse de la gorge afin d'éviter la propagation des microbes de l'angine.

2° *Traitement général.* — La première indication est de calmer les douleurs : l'antipyrine et le sulfate de quinine ont paru donner des résultats. Il n'en est pas de même du salicylate de soude si efficace dans le rhumatisme articulaire aigu.

On soutiendra le malade par des toniques.

3° *Traitement local.* — Essentiellement variable suivant la nature des manifestations articulaires.

a) Dans l'arthralgie : immobilisation de l'articulation, enveloppement ouaté; quelquefois, révulsion légère.

b) Dans les arthrites aiguës on calmera les douleurs par des moyens appropriés, et en particulier par l'immobilisation et la révulsion; des linéments calmants et en particulier — chloroforme, laudanum, gaïacol et salicylate de méthyle.

Il faudra avoir soin de mobiliser l'articulation dès que les douleurs auront cessé afin d'éviter l'ankylose. Si les douleurs ont tendance à persister, le mieux sera de recourir à la compression et aux pointes de feu profondes.

c) Enfin, dans les arthrites suppurées, l'arthrotomie est souvent nécessaire. Il faut aussi se préoccuper de l'état général du malade, car il s'agit d'une

véritable septicémie dont l'arthrite n'est qu'une localisation (puisque, dans certains cas, on a trouvé du pus dans la plèvre et dans le péricarde).

Enfin, plus tard, si survient de l'atrophie musculaire si l'articulation est privée de mouvements, il sera bon de recourir aux massages, à la révulsion cutanée, à l'électricité.

CONCLUSIONS.

1° Les complications articulaires sont plus fréquentes au cours des angines non diphtériques, qu'on ne le croyait autrefois ;

2° Elles surviennent généralement dans le cours de l'angine parfois plus tardivement lors que les phénomènes infectieux ne sont pas complètement éteints du côté de la gorge ;

3° Les localisations articulaires sont dûes, soit à la localisation au niveau des synoviales articulaires de microbes provenant du foyer amygdalien primitif, soit à l'action sur la synoviale de toxines élaborées par les microbes de la gorge ;

4° Cette localisation se fait par la voie sanguine ;

5° Les complications articulaires se présentent sous trois formes différentes :

a) La forme arthropatique qui se termine toujours par la guérison.

b) L'arthrite aiguë avec un épanchement séro-fibrineux plus ou moins abondant qui se termine le plus souvent par la guérison, mais qui peut aussi, dans certains cas donner lieu à des raideurs et à des ankyloses.

c) L'arthrite suppurée, qui n'est généralement qu'une localisation de la pyohémie ou de la septicémie. •

6° Dans les formes arthralgiques les altérations de la synoviale sont superficielles; dans les arthrites aiguës on peut voir un épanchement séro-fibrineux; dans les arthrites suppurées, l'articulation est remplie de pus véritable contenant des streptocoques et aussi des staphylocoques et des pneumocoques;

7° Le diagnostic est en général facile;

8° Le pronostic est variable suivant les cas; bénin le plus souvent, il peut être grave parfois, puisque la mort peut survenir par septicémie ou pyohémie;

9° Le traitement doit être préventif, général et local et varie essentiellement selon la nature des différentes arthropathies.

Vu: LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu: LE DOYEN, POTAIN.
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer:

LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GREARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHALME. — Considérations pathologiques et anatomiques sur l'angine de l'érysipèle. Thèse de Paris, 1892.
- AUCLAIR. — L'angine du rhumatisme articulaire aigu. *Bulletin Médical*, 1894, n° 14.
- BESNIER. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Art. Pseudo-rhumatisme infectieux, 1876.
- BOICHON. — De l'angine prémonitoire du rhumatisme articulaire aigu. Th. de Lyon, 1895.
- BOUCHARD. — Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition, 1881.
- BOUILLAUD. — *Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu*, 1840.
- BOURCY. — Déterminations articulaires des maladies infectieuses. Pseudo-rhumatisme infectieux. Thèse de Paris, 1883.
- BUSS. — Des relations de l'angine et du rhumatisme articulaire aigu. *Deut. Arch. of. Klen. Med.*, LIV.
- CARON. — *Gazette des hôpitaux*, 1853.
- DUBOST. — Complications septicémiques et pyohémiques des angines non diphthériques. Thèse de Paris, 1896.
- FERNET. — Du rhumatisme articulaire aigu et de ses diverses manifestations. Thèse de Paris, 1865.
- GOGUENHEIM. — *Loc. med. des hôpitaux*, 17 juillet 1896.
- GRODEL. — Le rhumatisme articulaire aigu ; ses rapports avec l'angine. *Deuts. Méd. Wort*, n° 17, 23-avril 1896.
- HERMANN. — *Annales de l'Institut Pasteur* ; Avril 1891.

JOUSSET. --- Etude sur l'angine rhumatismale. *Revue hebdomadaire de Médecine*, 29 mai 1897.

KASPAREK. --- Influence du système nerveux sur la localisation des microbes dans les articulations. *Wein. Clin. Stock.* 8 et 15 avril 1895.

KINGSTON POWLER. — *The Lancet*, n° 14, 1888.

LANDOUZY. — *Progrès médical*, 4 et 11 août 1883.

DE LAPERSONNE. — Des arthrites infectieuses non tuberculeuses. Thèse de Paris, 1886.

LASÈGUE. — *Traité des angines*, IV, 1868.

MARFAN. — Le Pseudo-rumatisme infectieux. *Gazette des hôpitaux*, 18 février 1888.

Traité des maladies de l'enfance (Granche, Comby, Marfan), Pseudo-rumatisme infectieux, II, 1896.

MASSON. — Thèse de Paris, 1896.

MAUCLAIRE. — Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses. *Arch. gén. de Med.* 1899.

ÆTTERINGER. — *Traité de Médecine* (Charcot, Bouchard, Brissaud). Art. Rhumatisme articulaire aigu, II, 1899.

DE SAINT-GERMAIN. — Etude clinique et expérimentale sur la pathologie du rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris, 1895.

SALLARD. — Les amygdales aiguës. Th. de Paris, 1890.

STÖLL. — *Médecine pratique*; Edition de l'Encyclopédie.

TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, I.

VIDAL. *Traité de médecine et de thérapeutique*. (Brouardel, Gilbert, Girode). Pseudo rhumatisme infectieux, 1896.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
